251

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 4 juin 1908, à 1 heure.

Par Louis **RONNAUX**

DU TRAUMATISME

DANS LA

KÉRATITE INTERSTITIELLE

ET

SES RAPPORTS AVEC LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Président : M. DE LAPERSONNE, *professeur*.

Juges : MM. P. BAR, *professeur*.
BALTHAZARD et BRINDEAU, *agrégés*.

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26
1908

36734

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	QUENU.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	G. BALLET.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. BERGER. RECLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (Fern.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (chef des trav. anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABRÉ (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES MAITRES

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

ANCIEN DOYEN DE LA FACULTÉ DE LILLE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

A la veille d'entrer dans la carrière médicale, nous ne voulons pas quitter notre vie d'étudiant sans adresser un souvenir reconnaissant aux maîtres dans les hôpitaux qui ont contribué à notre instruction et à notre éducation professionnelle :

A nos premiers maîtres de la Faculté de Lille, au regretté professeur FOLET, et à M. le Dr PHOCAS, qui ont guidé nos premiers pas dans la chirurgie.

A nos maîtres des hôpitaux de Paris, au regretté Dr MERKLEN, aux Drs THIBIERGE, LION, BARBIER et PARMENTIER, au regretté professeur TILLAUX, à MM. les Drs WIART et MARCILLE, à M. le Dr BOISSARD qui ont été successivement nos guides dans l'enseignement de la clinique interne, de la clinique externe, et de la clinique obstétricale.

Nous sommes actuellement encore l'externe de M. le professeur agrégé LEGUEU, à qui nous sommes profondément attaché non seulement pour l'admirable enseignement qu'il nous a donné pendant notre dernière

année d'études, mais aussi pour l'aide efficace et amicale qu'il nous a prêtée, et pour le bel exemple confraternel dont il a fait preuve dans ces derniers mois, lors de l'accident survenu à mon père à l'hôpital de Cambrai. Je me fais un devoir et un plaisir de lui en exprimer ici toute ma reconnaissance.

Qu'il me soit permis de remercier aussi mon PÈRE, chirurgien à l'hôpital de Cambrai, qui, par ses nombreux conseils a contribué dans une large part à mon éducation médicale.

Le regretté Dr GALEZOWSKI nous enseigna les éléments de l'ophtalmologie ; son fils le Dr JEAN GALEZOWSKI et le Dr BEAUVOIS nous continuèrent leurs savantes leçons dans cette branche spéciale de la médecine : ils furent pour nous non seulement des guides, mais aussi des amis.

M. le professeur DE LAPERSONNE nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous le prions d'agréer à ce sujet l'hommage de notre respectueuse gratitude.

INTRODUCTION

Depuis deux ans que nous fréquentons la clinique du Dr *Galezowski*, nous avons observé un grand nombre de kératites interstitielles ; presque toutes étaient d'origine hérédo-syphilitique ; quelques-unes relevaient de la tuberculose ; enfin il en existe un petit nombre dont nous n'avons pu retrouver l'étiologie.

Mais parmi celles-ci nous avons retenu cinq observations, où la kératite interstitielle avait succédé à un traumatisme.

Cette question, discutée déjà en Allemagne depuis quelques années, n'a été qu'effleurée en France, et jusqu'à présent les livres classiques n'en font pas mention.

Avec la loi sur les accidents du travail, à l'ordre du jour en ce moment, il nous a paru intéressant d'ébaucher cette question, et M. le Dr *Jean Galezowski* nous a vivement conseillé d'en faire l'objet de notre thèse inaugurale.

Nous aurons à nous poser successivement ces différentes questions :

Un traumatisme peut-il être la cause d'une kératite interstitielle, ou tout au moins peut-il éveiller une kératite interstitielle chez un sujet prédisposé par l'hérédo-syphilis ou la tuberculose ?

Le traumatisme peut-il éveiller une kératite interstitielle non seulement sur l'œil blessé, mais également sur le second œil ?

Enfin au point de vue de la loi sur les accidents du travail, l'ouvrier atteint de kératite interstitielle à la suite d'un traumatisme dûment constaté, a-t-il droit à une indemnité ?

I

Quelques auteurs autorisés ont nié la possibilité d'une corrélation entre le traumatisme et une manifestation spécifique morbide ; d'autres médecins, non moins autorisés, combattent cette opinion en produisant des observations non douteuses.

Pour nous, il nous semble avec ces derniers qu'un traumatisme peut éveiller une kératite interstitielle sur l'œil lésé, chez un sujet prédisposé, hérédo-syphilitique ou tuberculeux.

Pourquoi l'œil ferait-il exception à la règle, si nous nous rappelons qu'un grand nombre de maladies à l'état latent peuvent être réveillées par un traumatisme ?

Ce serait toute la pathologie qu'il nous faudrait citer, si nous avions la prétention d'énumérer les affections déterminées ou réveillées par un traumatisme.

Nous savons que pour la tuberculose et le cancer la question est encore actuellement fort discutée : les expériences de *Max Schüller* semblaient un moment avoir levé tous les doutes à ce sujet ; mais les nouveaux

travaux de *Lannelongue* et *d'Achard* ont de nouveau jeté un trouble sur la question. Quant au cancer, la question du traumatisme sur l'étiologie de cette affection est plus obscure encore, et elle a fait le sujet d'une discussion au dernier Congrès de chirurgie de Paris en octobre 1907.

Quoi qu'il en soit, il n'est nullement douteux, que des contusions du genou, du coude et autres qui, chez l'individu normal, guérissent en quelques jours, produisent souvent chez les débiles et les tuberculeux des inflammations chroniques : dernièrement encore entrait dans le service du professeur *Legueu* un ouvrier porteur d'une tumeur blanche du cou de pied, qu'il affirmait être survenue à la suite d'un traumatisme ; et nous nous rappelons un cas de méningite tuberculeuse qui se manifesta chez un enfant, trois jours après une gifle reçue : l'autopsie nous montra les ganglions trachéo bronchiques hypertrophiés.

Pour ce qui concerne le cancer, on admet, depuis *Virchow* et bien d'autres, que les causes d'irritation jouent un grand rôle dans la production du cancer : et le professeur *Brouardel*, dans son livre sur les blessures et les accidents du travail, accepte qu'un traumatisme peut éveiller une tumeur cancéreuse, surtout chez un sujet prédisposé.

Mais si nous arrivons sur le terrain de la syphilis et de l'hérédo-syphilis, la question étudiée à fond offre des exemples beaucoup plus probants. Ce fut *Verneuil* le premier qui attira l'attention sur ce sujet, et *Ricord* dans ses leçons sur la syphilis dit que les différentes

excitations exercées sur la peau et la muqueuse provoquent chez les syphilitiques des affections typiques ; le trauma fait « rappel de diathèse ».

Dans la période secondaire les plaques muqueuses se produisent de préférence à l'endroit où un coup ou toute autre cause a légèrement irrité la muqueuse ; à la période tertiaire, on voit souvent, au niveau de la région contusionnée, se développer une gomme syphilitique, dont la cicatrisation exige parfois plusieurs mois.

Certains auteurs allemands, s'appuyant sur la fréquence des accidents syphilitiques à la suite d'un trauma, ont été jusqu'à proposer un mode de diagnostic qui consistait à cautériser la peau à un endroit donné et à s'assurer de la syphilis par la réaction obtenue ! (Tarnowsky-Zeissel, p. 345.)

Enfin pour l'hérédo-syphilis nous connaissons l'omphalite syphilitique, chez les nouveau-nés de parents syphilitiques, survenant à la suite de la ligature du cordon.

Si donc nous admettons qu'un traumatisme, qu'une blessure insignifiante ont des suites sérieuses chez les syphilitiques ; que ces malades, par leur dégénérescence locale ou générale, sont prédisposés à la production d'accidents graves à la suite de traumatismes même légers, il est bien certain que ces connaissances de chirurgie générale s'appliquent aussi bien aux affections oculaires, et nous pouvons admettre une corrélation causale entre la blessure d'un œil et la kératite parenchymateuse.

Si on admet la possibilité d'une éruption syphilitique après un traumatisme de la peau et des muqueuses, pourquoi ne pas admettre son influence possible sur l'œil ?

Nous savons tous que chez un syphilitique, c'est la cornée dans l'appareil de la vision qui est le plus souvent atteinte, elle est pour ainsi dire prédisposée à l'affection, le treponema pallida aime la cornée, si nous pouvons nous exprimer ainsi; il n'est donc pas surprenant qu'une blessure, un trauma agissent en créant un *locus minoris resistentiæ* et localisé en cet organe le spirille de *Schaudinn*.

Voici du reste les quelques cas observés dans la clinique du Dr *Galezowski*, où la kératite parenchymateuse évolua à la suite d'un traumatisme :

OBSERVATIONS

Observation

Suzanne H..., 8 ans.

Parents bien portants ; un frère de 19 ans.

Enfant chétive ; quelques ganglions dans la gaine du sterno-cléido-mastoïdien. N'a jamais été malade ; n'a jamais souffert des yeux.

Il y a quinze jours a reçu un coup sur l'œil droit : coup de tête d'une camarade. Le lendemain l'œil s'enflamme et pleure.

Elle se présente à la clinique trois jours après ; on remarque une ecchymose sur l'arcade sourcilière et une injection périkératique avec une kératite interstitielle typique.

Dans l'œil gauche la cornée reste normale.

Le fond d'œil présente dans les deux yeux quelques plaques de choroïdite.

La résolution se fait en quelques semaines, après un traitement par l'atropine et les frictions mercurielles.

Observation II

M. R... Auguste, âgé de 22 ans, travaillant à l'arsenal de Puteaux, est blessé le 22 juillet 1906 à l'œil gauche par des éclats de verre ; on lui fait l'extraction de quelques débris à l'Hôtel-Dieu, et on lui prescrit un traitement au collargol et à l'atropine.

L'irritation persiste, l'inflammation augmente et il vient à la clinique du Dr *Galzowski* le 25 août 1906.

Rien de bien précis sur les antécédents héréditaires : père et mère bien portants ; deux frères morts l'un à 13 ans, l'autre à 19 ans, probablement de tuberculose.

Une sœur et deux frères bien portants.

Le blessé n'a jamais souffert des yeux, mais un de ses frères avait été traité pour une kératite interstitielle.

On relève du reste chez le sujet des tares d'hérédo-syphilis : dents d'Hutchinson, palais ogival, quelques ganglions cervicaux hypertrophiés.

A l'examen des yeux, on trouve une kératite interstitielle diffuse dans l'œil gauche, mais avec de petits noyaux périphériques très isolés. L'éclairage du fond de l'œil révèle une légère choroïdite à la partie inférieure et externe.

On lui donne des gouttes d'atropine et des frictions mercurielles.

L'état reste stationnaire pendant plusieurs semaines ; la vascularisation profonde s'organise, mais la résorption se fait difficilement. L'acuité est réduite au mois de février 1907 à 1/10 ; deux mois après avec un verre cylindrique de $0^{o} - 2, V = 1/4$.

On lui propose et il obtient une pension de 126 francs, comme indemnité de l'accident.

Observation III

Mlle H..., âgée de 16 ans, ne présente aucun antécédent morbide méritant d'être signalé. Nous n'avons pu interroger les parents au sujet de l'hérédité.

En se mettant de la poudre de riz sur le visage, elle fit un faux mouvement et se contusionna l'œil droit avec la houp ette l'œil rougit fortement, et bientôt apparurent des douleurs, de la photophobie et du larmoiement.

Elle se présente quelques jours après à la consultation et on constate un foyer d'infiltration de la cornée siégeant en bas et en dehors de la pupille. L'épithélium est trouble et présente un aspect rugueux : il n'y a pas de pertes de substance ; un pinceau vasculaire profond arrive juqu'à l'infiltration cornéenne.

Le fond de l'œil est sain.

L'œil gauche ne présente pas de lésion.

Il s'agit d'une kératite interstitielle consécutive à un traumatisme, qui s'améliore rapidement avec le traitement mercuriel.

Observation IV (*personnelle*).

Mlle D..., 18 ans, plieuse de journaux.

Possède encore ses parents, un frère de 27 ans et une sœur de 11 ans, tous bien portants.

De tempérament faible, elle fut toujours souffrante jusqu'à l'âge de 7 ans. Croup à 11 ans. Réglée à 16 ans, irrégulièrement jusqu'à ces derniers mois.

N'a jamais souffert des yeux.

Présente quelques signes d'hérédo-syphilis : dents d'Hutchinson, palais ogival, ganglions bilatéraux de la gaine du sterno-cléido-mastoïdien hypertrophiés.

Le 23 janvier 1908. — Elle se cogne l'œil droit sur le coin d'un mur ; le soir même l'œil s'enflamme, mais le trouble de l'œil, la photophobie, le larmoiement lui font cesser tout travail le lundi.

Le mercredi 29 elle se présente à la clinique. On constate une forte injection périkératique avec infiltration diffuse de la cornée droite, plutôt centrale ; douleurs, photophobie, larmoiement, etc.

Le fond d'œil n'est pas éclairable.

V = compte les doigts à 2 mètres.

Traitement par l'atropine et les frictions mercurielles.

L'état de l'œil s'améliore au bout de quelques semaines, et à la fin de mars la malade ne se présente plus à la clinique.

Observation V (*personnelle*).

M. P. R..., 11 ans.

Parents bien portants ; un frère mort de fièvre éruptive.

Enfance maladive : front olympien ; palais légèrement ogival ; pas de ganglions.

Traité pendant trois ans à la clinique pour de l'obstruction lacrymale ; depuis six mois l'œil était complètement guéri.

Il y a quinze jours il reçoit un coup sur l'œil gauche ; à la suite du traumatisme l'œil rougit et le 14 mai dernier l'enfant se présente à la consultation.

A l'examen on remarque une légère infiltration de la cornée gauche localisée à la partie interne du limbe, avec injection périkératique, donnant l'aspect d'une kératite interstitielle au début.

Pas de douleurs, ni de photophobie.

Le fond d'œil présente des plaques d'atrophie choroïdienne dans les deux yeux.

V = 1/2 dans les deux yeux.

Les pupilles réagissent mal à la lumière surtout du côté droit; les réflexes rotuliens sont paresseux.

On prescrit les gouttes d'atropine, et les frictions mercurielles.

Le 19 mai, l'état reste stationnaire: l'infiltration n'a pas augmenté, ni diminué : l'acuité reste la même.

Nous voyons que ces cas de kératite interstitielle sont nettement survenus à la suite d'un traumatisme plus ou moins violent. D'autre part nous nous sommes livré à la recherche de cas semblables ayant trait à notre sujet, et nous avons pu réunir un certain nombre d'opinions et d'observations d'auteurs français et étrangers.

Tout d'abord *Schubert* dans sa monographie sur les affections syphilitiques de l'œil admet la possibilité d'une localisation syphilitique par suite des lésions externes.

Stellwag est de la même opinion dans son livre sur les maladies des yeux (4e édition).

Valude (*France médicale*, 1891, p. 189) fait la communication suivante :

« On sait en chirurgie générale que les diathèses, et la syphilis comme les autres, sont susceptibles d'être réveillées, de latentes qu'elles étaient, par un traumatisme accidentel. Les faits de cet ordre abondent et nous ne les rappellerons pas.

Dans la pratique ophtalmologique cette circonstance s'observe plus rarement...

C... Henri, âgé de 17 ans, tourneur, présentant le type facial de la syphilis héréditaire et les dents caractéristiques d'Hutchinson, n'a jamais présenté de kératite interstitielle.

Le 21 octobre dernier il reçoit dans l'œil gauche un grain d'acier qui s'implante dans la cornée : ce corps étranger est retiré sans difficulté.

Le 29 octobre. — Ce malade revient devant nous avec un œil gauche présentant les signes les plus nets de la kératite interstitielle en plein début : injection périkératique, opacités périphériques, vascularisées çà et là ; photophobie, larmoiement.

L'œil droit est resté normal.

Nous nous trouvons donc en présence du début d'une kératite interstitielle coïncidant singulièrement avec l'accident de corps étrangers que nous avons rapporté au début de l'observation.

Il nous semble que la relation de cause à effet est ici difficile à méconnaître. »

Armaignac présente à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (séance du 16 octobre 1896. *Annales d'oculistique*) :

« Un malade de 34 ans, mécanicien, qui le 8 août dernier eut l'œil gauche frappé par un petit éclat de fer, lequel s'incrusta dans la cornée, mais fut extrait le lendemain. Depuis l'accident, la vision de cet œil a toujours diminué et six semaines plus tard on constata l'existence d'un trouble diffus de la cornée, autour de la plaie dont le fond offre un point brunâtre ; l'acuité visuelle est réduite à 1/50 ; l'œil ne paraît pas enflammé, quoique douloureux et atteint de photophobie ; pupille contractée.

Un grattage à la gouge, du point rougeâtre, permet d'enlever un tout petit grain de fer oxydé profondément enclavé. L'œil droit paraissait sain, vision normale : en soulevant la paupière supérieure, on voit un petit croissant vasculaire très rouge, non saillant, empiétant un peu sur l'épisclére ; la conjonctive palpébrale ne présente pas d'altération capable d'expliquer cette vascularisation anormale de la cornée.

Après instillation d'atropine, l'acuité visuelle de l'œil blessé devient le lendemain : 1/10 : fond d'œil normal. Le malade revient cinq jours plus tard, ayant constaté que l'œil droit, atteint de photophobie intense, voyait plus mal.

En effet, on aperçoit facilement un trouble diffus de la cornée, partant du bord inférieur du croissant vasculaire observé au premier examen, et dépassant le centre de la cornée ; pas de rougeur anormale de l'œil, mais myosis marqué. L'instillation d'atropine permet de voir trois longues synéchies filiformes. Il existe donc une iritis latente : V : 5/12.

Malgré le traitement par l'atropine des deux côtés, et des compresses chaudes, la vision est restée telle, les cornées dans le même état ; la photophobie et les synéchies ont disparu... Le malade n'a pas de tare syphilitique pouvant expliquer comme cause générale l'apparition de cette double kératite parenchymateuse.

Voici donc un cas frappant de kératite interstitielle double, survenue après un traumatisme. D'après Armaignac le malade ne serait pas hérédo-syphilitique. Nous n'oserions cependant avancer qu'un traumatisme peut engendrer une kératite parenchymateuse chez un individu sain.

Bronner (*Archiv. f. Dermat.*, 1891) cite trois cas où à un traumatisme succéda une kératite parenchymateuse chez un syphilitique.

« Le premier chez une jeune fille de 14 ans présentant des symptômes de syphilis héréditaire, qui après une contusion par un corps étranger est atteint cinq jours après d'une inflammation cornéenne interstitielle ; l'œil gauche est d'abord malade, et six mois après l'œil droit est aussi atteint par l'affection analogue. Guérison par frictions mercurielles et iodure de potassium.

Le second cas concerne un jeune homme de 21 ans, nettement hérédo-syphilitique, qui n'avait jamais souffert d'affection oculaire, lorsque quatre jours après une blessure de l'œil gauche par un morceau de charbon, il fut pris d'une kératite parenchymateuse qui atteignit bientôt après l'œil droit, avec choroïdite périphérique ; il ne se remit que huit mois après un traitement à l'onguent mercuriel. V = 1/6.

La troisième observation concerne un jeune garçon de 9 ans, hérédo-syphilitique, avec la vue jusqu'à présent normale, et qui par suite d'une blessure produite par une flèche sur l'œil gauche, fut atteint trois semaines après d'une choroïdite centrale et périphérique. Après

un traitement de trois mois au mercure, on a obtenu V = 6/24. »

Ce dernier cas ne rentre pas dans notre sujet : il nous a semblé cependant intéressant à citer ; quant aux deux premiers le traumatisme semble bien être la cause de la kératite interstitielle qui atteignit les deux yeux.

Czapodi, 1896 (*Ungar med. Presse* n° 25), « cite un cas de kératite interstitielle, chez une jeune fille de six ans chez qui, après une blessure de la cornée gauche, il s'était produit immédiatement une kératite interstitielle de l'œil gauche ; elle n'avait jamais souffert des yeux auparavant, mais était hérédo-syphilitique. Plus tard, l'œil droit fut atteint de la même affection. »

Brejski, dans sa thèse de 1901, rapporte que sur 78 cas de kératite interstitielle, examinés à la clinique de *Giessen*, il en a rencontré 11, précédés de traumatisme, ayant sûrement déterminé cette affection.

Breuer cite un cas analogue dans la clinique de Giessen.

Morinami (thèse de Rostock, 1903) « rapporte un cas chez une jeune fille de 21 ans, qui jusque-là n'avait jamais souffert des yeux ou d'autres affections ; elle fut atteinte d'une inflammation à la suite du choc d'une prune sur l'œil gauche, qui donna la forme caractéristique d'une kératite interstitielle diffuse, mais dont la marche et la thérapeutique firent penser à une forme de kératite interstitielle tuberculeuse. »

Nous avons dit en débutant que cette forme de kératite tuberculeuse existait : elle est à la vérité bien difficile à différencier de la kératite spécifique, mais là

encore, qu'elle soit tuberculeuse ou syphilitique, c'est encore le traumatisme qui a éveillé la kératite parenchymateuse chez un sujet prédisposé.

Bietti (*Archiv. di Ottalmologia,* 1903) « rapporte deux cas observés dans la clinique du professeur Axenfeld :

Le premier sur un homme de 40 ans, qui huit jours auparavant se blessa l'œil gauche avec un fragment de pierre, déterminant l'inflammation de la cornée avec tous les caractères de la kératite parenchymateuse.

Le deuxième cas sur un jeune homme de 20 ans qui après une blessure de la cornée de l'œil gauche par un éclat de bois, une kératite parenchymateuse typique se déclara. »

Hummelsheim, au Congrès des médecins de Bonn (1904), « cite un cas qui concerne un jeune garçon de 10 ans qui, après un coup reçu à l'œil droit, fut atteint immédiatement d'une kératite parenchymateuse et trois mois après de la même affection à l'œil gauche. »

Grœnows (*Lehrb. der Augenheilh.*, XI, p. 818) dit : « La cause initiale qui provoque la kératite interstitielle n'est pas encore élucidée ; dans certains cas les blessures l'ont précédée. »

Dood (*The Ophtalmoscope*, mai 1904) rapporte trois cas où par suite d'un traumatisme léger de la cornée, il s'est produit une kératite parenchymateuse typique, d'abord sur l'œil blessé, et ensuite sur l'œil sain : les trois cas se rapportent à des jeunes gens nettement hérédo-syphilitiques.

Lieto Vollaro (*Archiv. di Ottalmologia,* 1905) relate deux cas de kératite interstitielle de cause traumatique.

Mais la question se posa réellement au Congrès de Düsseldorf (1905) où *Perlia* présenta un malade atteint de kératite interstitielle à la suite d'un traumatisme, et qui réclamait une rente à la compagnie d'assurance.

Voici du reste le cas, rapporté par *Perlia* (Vermag ein Trauma... *Klin. Monat. f. Augenh.*, 1905) :

« Le 8 octobre 1902, un jeune tourneur en fer de 16 ans reçut un éclat de cuivre dans la cornée droite. Un de ses compagnons le lui enleva. Cette blessure provoqua l'irritation ordinaire, avec douleurs, larmoiement, photophobie. Comme ces symptômes ne se calmaient pas, le blessé vint me consulter le 11 octobre. J'ai constaté une petite érosion de la cornée un peu au-dessous du centre : j'ai ordonné de la cocaïne et des lavages à l'acide borique, et pronostiquai une guérison rapide. Mais les choses se passèrent différemment. L'irritation s'accentua ; quelques jours après apparut un trouble de l'aspect de la fumée partant du point blessé et pénétrant dans les couches profondes de la cornée et présentant l'aspect d'une kératite parenchymateuse typique. Je fis entrer alors dans ma clinique le malade, qui était anémié et mal nourri. L'aspect du malade laissait soupçonner la syphilis héréditaire. Le père, militaire retraité, était mort d'une maladie cérébrale. La mère avait fait plusieurs fausses couches. La dentition du malade était défectueuse. On appliqua immédiatement un traitement énergique à l'onguent

mercuriel: cependant la maladie arriva à un stade aigu. Trois semaines après, l'œil gauche fut également atteint de kératite parenchymateuse, dont la durée fut de plusieurs mois. Malgré le traitement, les troubles persistèrent sur la cornée, et le blessé dut abandonner son métier, sa vue ne lui permettant plus de distinguer les objets de moyenne grandeur qu'à 2 ou 3 mètres de distance. »

Perlia fut appelé à exprimer son opinion sur ce cas, et il n'hésita pas à conclure que cette double kératite parenchymateuse était due au traumatisme, chez un sujet prédisposé par l'hérédo-syphilis, et que l'ouvrier blessé pendant son travail avait droit à une pension correspondant à son incapacité de travail.

Cette conclusion, avec ces nouvelles idées, ne fut pas acceptée par la compagnie, qui demanda l'expertise d'autres médecins. *Thier* et *Leber*, entre autres, conclurent d'une façon diamétralement opposée, disant que le traumatisme n'était qu'une coïncidence et que la kératite interstitielle était d'origine interne, tenant à l'état de l'individu.

Perlia présente le cas au Congrès de Düsseldorf et *Nieden* (de Bonn) d'abord s'appuyant sur de nombreux exemples approuve les conclusions de *Perlia*, en repoussant les uns après les autres les arguments de Thier, Leber et V. Michel.

Scheffels (de Krefeld) prend ensuite la parole et communique un cas « où à une blessure produite sur la cornée par un corps étranger, succéda d'abord un état d'irritation continuelle d'une durée de sept mois, à la suite

duquel se développa peu à peu une kératite parenchymateuse typique dans l'œil blessé, d'origine probablement tuberculeuse. » (Le tribunal d'assurance d'État condamna l'assurance au paiement de la prime du sinistre.)

Limbourg (de Cöln), toujours dans ce même Congrès, communiqua un cas d'iritis et l'autre de kératite parenchymateuse, comme preuve que la syphilis oculaire est en rapport direct avec le traumatisme et peut provoquer des phénomènes locaux.

Guillery (de Cöln) répond à la critique de V. Michel qui dit que dans le cas de Perlia la kératite parenchymateuse était non d'origine hérédo-syphilitique, mais tuberculeuse, et repoussa par cela même la cause du traumatisme sur l'éclosion de la kératite. Guillery admet que, le sujet soit d'origine tuberculeuse ou syphilitique, le traumatisme peut éveiller dans les deux cas la kératite interstitielle.

Plange (de Münster) présente le cas « d'une jeune fille de 20 ans, atteinte d'iritis séreuse, à qui il pratiqua une paracentèse de l'œil gauche à cause de l'hypertension ; aussitôt après l'opération il se manifesta des phénomènes d'irritation ; le lendemain les bords de la plaie étaient entourés d'un trouble léger, grisâtre ; un trouble nébuleux s'étendit dans les couches profondes, des bords de la plaie vers le centre de la cornée, et au bout de deux semaines la presque totalité de la cornée fut prise : tableau qui ne se différenciait en rien de la kératite interstitielle.

« Au bout de trois mois de traitement la malade guérit

complètement. L'œil droit ne fut pas atteint de kératite interstitielle. La malade présentait quelques ganglions cervicaux. »

L'auteur ne met pas en doute que cette kératite interstitielle fut provoquée par son propre traumatisme. Il rapporte un deuxième cas de kératite parenchymateuse à la suite d'un traumatisme :

« Chez un homme d'âge moyen, qui reçoit sur l'œil un éclat de bois, on constata quelques jours après les traces récentes d'une hémorragie dans la chambre antérieure ; la cornée avait perdu dans son centre son aspect lisse et brillant : quelques jours après un trouble cornéen apparut qui envahit les couches profondes, mais se cantonna sur la partie centrale. La résorption se fit quelques semaines après. L'autre œil resta intact. »

Nous voyons donc que dans ce Congrès la plupart des ophtalmologistes approuvèrent l'opinion de Perlia et acceptèrent qu'un traumatisme pouvait provoquer une kératite interstitielle chez un sujet prédisposé.

Seul *Thier* défendit l'opinion contraire et n'accepta pas cette corrélation de cause à effet.

* * *

Citons encore quelques cas relatés depuis ce dernier Congrès de Düsseldorf.

Enslin (*Zeitschrift für Augenh.*, 1906) mentionne une observation d'un jeune homme de 18 ans, chez qui la kératite a évolué comme d'habitude à la suite d'une plaie produite par un morceau d'acier.

Terlinck (*Clinique ophtalmologique,* 1906) présente un cas de kératite interstitielle évoluant à la suite d'un traumatisme.

Le *Dr Colomb* de Genève (*Revue suisse médicale romande*, 20 mars 1906) cite deux cas (sur 170 cas relevés de 1874 à 1902) dans la statistique de l'hôpital Rotschild de Genève, où l'origine de la kératite serait également un traumatisme.

Enfin dernièrement le *Dr Enrique B. Demaria* (*Argentina medica*, février 1907) croit pouvoir affirmer que le traumatisme joue un rôle des plus importants dans l'étiologie de la kératite interstitielle et cite deux cas en détail observés à la clinique ophtalmologique de la Faculté de Buenos-Ayres.

Nous citerons ces deux cas *in extenso,* à cause de leur précision :

Observation I

Francisco C..., 25 ans, célibataire, journalier.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants. Trois frères aînés, morts peu de temps après la naissance de causes ignorées ; un quatrième plus jeune bien portant.

Antécédents personnels. — Coqueluche à 6 ans. Souffre de rhumatisme du genou droit. Le traumatisme oculaire remonte à deux mois et demi par un éclat de pierre sur l'œil gauche. Peu de jours après l'accident apparaît du larmoiement, de la photophobie, des troubles de la vision ; l'œil s'injecte et quinze jours après pareils phénomènes se produisent dans l'œil droit. C'est alors qu'il se présente à la clinique.

29 *janvier* 1905. — L'aspect général du malade fait penser à l'hérédo-syphilis : front olympien, palais ogival, dents d'Hutchinson, etc.

Examen des yeux. — *Œil gauche.* — Photophobie, paupières et voies lacrymales normales ; injection périkératique. Dans la cornée, infiltration grise, diffuse, qui n'atteint pas la périphérie de la cornée, et beaucoup plus épaisse au centre. Nombreux vaisseaux venant de la périphérie et se ramifiant en pinceaux dans l'intérieur de la cornée. Acuité visuelle réduite à 2 mètres pour compter les doigts. Tension normale.

Œil droit. — Lésions analogues plus récentes ; infiltration localisée dans la partie centrale de la cornée ; injection périkératique et myosis ; absence de vascularisation. V = 1/10 Tension normale.

Comme traitement : instillations d'atropine, compresses chaudes ; frictions mercurielles de 4 grammes tous les jours.

L'affection évolua comme d'habitude.

La cornée de l'œil droit s'éclaircit, l'infiltration se résorba bien qu'avec une certaine difficulté ; aucun vaisseau ne persista sur le rebord cornéen. La résorption débuta au centre de la cornée pour se terminer par la périphérie. La cornée éclaircie, permit de relever quelques plaques d'atrophies choroïdiennes à la périphérie. V. = 1/3.

Pour l'œil gauche, l'évolution fut analogue avec résolution moins complète. Il persista une légère infiltration, que les frictions au bioxyde jaune de mercure firent difficilement disparaître. Quelques vaisseaux profonds persistent. V = 1/8.

Observation II

Juan C..., 18 ans, célibataire, mécanicien.

Antécédents héréditaires. — Le père et 5 frères bien portants.

Antécédents personnels. — Quelques maladies d'enfance ; bronchites fréquentes. Pas d'antécédents oculaires.

Il y a un mois, dans son travail, il reçut un morceau de fer dans l'œil droit ; après l'accident apparut aussitôt de la photophobie, du larmoiement et des troubles de la vision.

10 *juillet* 1905. — *État actuel* : Individu grêle qui ne présente aucun signe de syphilis héréditaire ni acquise.

Examen des yeux. — Œil droit : photobie, larmoiement, blépharospasme peu accentué ; injection périkératique modérée. Infiltration dans les couches interstitielles de la cornée, située dans la partie supéro-externe et s'étendant jusque sur la pupille. Il n'existe aucune vascularisation profonde ; l'iris est congestionnée, la pupille est en myosis. V = 1/3. Tension normale. On ordonne des instillations d'atropine, des compresses chaudes et des frictions mercurielles, qui donnent de bons résultats, bien que le malade ne présente aucune manifestation spécifique. L'infiltration s'étend du centre jusqu'à la partie inféro-externe d'une manière torpide, et sans déterminer de réactions importantes.

En août 1905. — L'infiltration reste stationnaire, et une infiltration analogue apparaît dans l'autre œil, au centre de la cornée, déterminant une injection périkératique intense. V = 1/3. Tension normale, larmoiement, photophobie.

On prescrit de l'atropine. L'affection évolue comme dans

l'autre œil; l'infiltration s'étend sans déterminer des phénomènes d'irritation. Aucune synéchie postérieure.

Au début de 1906, on est en pleine période de résorption.

Dans l'œil droit persiste une petite infiltration dans la moitié externe, avec une vascularisation profonde; malgré le traitement employé (instillation de dionine et atropine, massage, injections sous-conjonctivales de chlorure de sodium). La cornée gauche s'éclaircit avec cependant quelques synéchies postérieures.

OD. V = 1/6; OG. V = 1/2.

Il n'est pas douteux par tous ces exemples que la clinique nous a donnés de nombreux cas de kératite interstitielle provoquée par un traumatisme.

Ce qui est à remarquer, c'est que cette kératite évolue absolument comme la kératite ordinaire hérédo-syphilitique; qu'elle cède généralement au traitement mercuriel et qu'il est impossible de la différencier de cette dernière par l'examen clinique. Le traumatisme ne ferait qu'éveiller la kératite interstitielle ordinaire chez un sujet prédisposé.

On pourrait objecter comme certains auteurs, que le traumatisme ne s'est observé que comme coïncidence ; l'argument serait sérieux si nous n'avions pu retrouver que quelques cas isolés; mais vraiment les exemples sont maintenant trop nombreux et par trop probants pour que nous puissions émettre encore un doute à ce sujet.

A notre avis, il nous semble que *lorsqu'un malade blessé dans un accident de travail se présentera avec une kératite interstitielle, et mettra sur le compte de l'accident son affection, il ne faudra pas de prime abord*

repousser une telle possibilité. A vrai dire dans le plus grand nombre des cas on relèvera chez le blessé des tares d'hérédo-syphilis ou de tuberculose, mais dans l'un ou l'autre cas, ce pourra bien être le traumatisme qui aura éveillé l'affection, chez un sujet prédisposé, qui n'aurait peut-être jamais, sans l'accident, souffert d'une complication oculaire.

Le traumatisme amène une congestion, une irritation de l'œil, met la cornée dans un état de moindre résistance, prête à l'infection : rien d'étonnant alors que le spirille de *Schaudinn*, à l'état latent dans cet organisme, ne vienne envahir cet organe, qu'il pénètre déjà si facilement en dehors de toute cause extérieure.

Quelques auteurs, comme *Pfalz*, *Von Hippel*, vont même jusqu'à prétendre qu'un traumatisme peut éveiller une kératite parenchymateuse chez un individu absolument sain. Il est possible que quelques cas aient été observés ; dans nos observations il ne s'en trouverait que deux ou trois, dont les antécédents douteux et incertains pourraient venir corroborer cette assertion. Nous savons aussi qu'il existe des cas de kératite interstitielle dont on cherche en vain l'étiologie, mais ces cas sont vraiment trop rares, et par trop exceptionnels, pour que nous puissions soutenir cette opinion, et parmi les cas observés en les « épluchant » plus à fond, rien ne dit qu'on ne finirait pas par dépister quelques signes d'hérédo-syphilis ou de tuberculose.

Certains ophtalmologistes, *Thier*, *Schmidt Rimpler* entre autres, accepteraient facilement que le traumatisme peut éveiller une kératite interstitielle dans l'œil blessé, mais n'admettent pas une telle hypothèse dès que l'autre œil, l'œil non traumatisé, présente quelque temps après les mêmes altérations : pour eux cela doit suffire pour conclure que l'affection est d'origine constitutionnelle et non d'origine traumatique. Dans l'expertise du cas de *Perlia*, ce fut un des principaux arguments sur lesquels on s'appuya pour combattre ses conclusions.

A vrai dire dans les quelques cas observés par nous l'œil traumatisé seul fut atteint de kératite interstitielle ; l'autre œil resta intact.

Mais là encore dans les recherches auxquelles nous nous sommes livré, les observations relatées plus haut semblent prouver que le second œil généralement, comme dans la kératite interstitielle ordinaire, se prend

au bout d'un temps variable, variant généralement d'une semaine à un mois.

Perlia, *Nieden*, *Guillery* et d'autres n'admettent pas cet argument comme devant écarter le traumatisme comme cause étiologique. Ils s'appuient sur ce fait que le traumatisme peut non seulement produire des effets locaux, mais aussi des phénomènes éloignés ; c'est ainsi que Perlia cite l'exemple d'un homme qui, présentant une parésie de l'accommodation et de la pupille de l'œil droit, reçut une blessure dans ce même œil ; à la suite de cet accident, le malade qui jusqu'alors vaquait à ses occupations, vit son affection cérébrale s'aggraver ; la paralysie générale s'installa et l'emporta six mois après. *Perlia* explique cette aggravation par des phénomènes vaso-moteurs, et pense par cela même que la kératite parenchymateuse du second œil est produite par une action vaso-motrice provenant de l'irritation de l'œil blessé.

Leber affirma qu'il n'existe pas d'inflammation cornéenne sympathique. Nous nous rappelons cependant le cas observé dans la clinique du Dr *Galezowski*, d'une jeune femme de 27 ans, qui à la suite d'une blessure perdit la vue de l'œil droit, par suite de l'atrophie du globe : quelque temps après on constata dans l'œil gauche des kératites à répétition, envahissant les couches profondes de la cornée ; pensant à des phénomènes sympathiques, on procéda à l'ablation de l'œil atrophié, et à partir de ce jour, toute récidive de kératite disparut dans l'œil gauche.

D'autre part *Mooren* et *Rumpf* ont pu, en projetant

dans un œil de l'essence de moutarde, provoquer des troubles graves vaso-moteurs avec exsudation de l'humeur aqueuse de la chambre antérieure de l'œil non irrité.

Cette question est encore loin d'être résolue, et nous n'oserions pas insister davantage sur ce point : mais nous savons que la kératite interstitielle ordinaire est presque toujours double ; les deux yeux sont malades, et plus souvent l'un après l'autre que simultanément ; il peut même s'écouler un intervalle de plusieurs semaines entre la maladie de chacun des yeux. Or puisque nous admettons que le traumatisme agit comme un éveil de cette même kératite, chez un sujet prédisposé, elle doit avoir par ce fait même la même évolution que si elle était survenue spontanément : rien d'étonnant alors que le second œil se prenne secondairement.

Cependant il ne faudrait pas non plus tomber dans une exagération contraire et mettre sur le compte du traumatisme une kératite interstitielle évoluant seulement plusieurs mois après le traumatisme. Dans le cas de *Scheffels* (rapporté plus haut), la kératite parenchymateuse ne se serait déclarée que sept mois après le traumatisme, à la suite d'un état continu d'irritation de l'œil, nous comprenons très bien que dans ce cas *Pfalz*, appelé comme second expert, se soit refusé à considérer comme vraisemblable la corrélation d'une kératite interstitielle récente constatée en septembre et la blessure reçue en février.

III

Somme toute, quand un cas de kératite interstitielle évoluera peu de temps après un traumatisme, dûment constaté, et que l'autre œil sera même envahi postérieurement, nous pourrons désormais admettre, à notre avis, que le traumatisme est la cause de l'affection.

La chose a aujourd'hui son importance avec la loi sur les accidents du travail; et ici nous touchons à une question délicate, car s'il est reconnu que la kératite interstitielle peut être la conséquence d'un traumatisme, nécessairement le blessé se retournera contre son patron et lui demandera une indemnité de maladie, et peut-être même, en cas de diminution de l'acuité visuelle, une rente proportionnelle à son incapacité de travail.

Mais, objectera-t-on, cet ouvrier était un hérédo-syphilitique avéré; il aurait pu en dehors de tout accident, être atteint de la même affection; d'autre part ce même traumatisme chez un individu sain n'aurait occasionné qu'une simple irritation, qui aurait guéri en trois ou quatre jours; il est donc injuste de faire supporter aux

patrons et aux compagnies d'assurances les conséquences d'une complication inhérente à l'individu même.

En effet, le traumatisme a éveillé seul l'affection, et la kératite interstitielle est venue compliquer la simple irritation de l'œil parce que le sujet était hérédo-syphilitique.

Mais la loi de 1898 sur les accidents du travail n'en rend pas moins responsable le patron.

A vrai dire au début la question fut assez controversée, car dans l'article 3 de la loi du 9 avril 1898 on ne trouve que l'alinéa suivant :

« L'ouvrier a droit..., pour l'incapacité partielle et permanente, à une rente égale à la moitié de la réduction que *l'accident* aura fait subir au salaire. »

Pour les uns cette phrase signifiait que seules les réductions de salaire qui sont le fait même de l'accident, c'est-à-dire qui auraient été *observées chez un individu normal*, devraient être retenues et indemnisées, et que les complications et aggravations résultant des prédispositions ou maladies antérieures du blessé devaient être écartées : il fallait faire en somme la part de ce qui revenait au traumatisme, et de ce qui était la conséquence de l'état antérieur du blessé.

Pour d'autres au contraire l'article 3 laissait entendre qu'il suffisait de rechercher ce que l'accident faisait subir de réduction au salaire, et de faire la différence avec le salaire touché avant l'accident, sans se préoccuper des prédispositions de l'ouvrier et de ses maladies antérieures. Peu leur importe que les complications

du traumatisme soient dues à une prédisposition de l'ouvrier ; sans le traumatisme, ces complications ne seraient pas survenues.

L'intervention de la Cour de cassation a unifié la jurisprudence des cours et tribunaux et a en effet nettement manifesté son intention de casser tous les arrêts et jugements dans lesquels, à la suite d'un accident du travail, l'indemnité allouée serait réduite en vertu d'arguments tirés de l'état antérieur du blessé.

Le 23 août 1902, la Cour de cassation déclare que « la détermination de l'indemnité dépend du salaire effectif de l'ouvrier et des facultés de travail que lui laisse l'accident. L'état d'infirmités dans lequel la victime se trouvait avant l'accident importe peu au point de vue de la détermination de son état actuel. »

Et récemment à la suite d'un jugement de la Cour de Montpellier tenant compte de l'état antérieur d'un blessé dans l'évaluation de son indemnité, l'arrêt fut cassé par la Cour de cassation le 31 juillet 1906, « attendu que la détermination de l'indemnité que la loi met à la charge du chef d'entreprise dépend de la combinaison de deux éléments : le salaire annuel de l'ouvrier d'une part, les facultés du travail que lui laisse l'accident d'autre part ; qu'il n'est pas permis au juge d'évaluer les facultés de travail d'après les suite que l'accident aurait eues sans les prédispositions morbides de la victime ; qu'il ne doit prendre en considération, pour faire cette évaluation, que le salaire que l'ouvrier blessé pourra gagner dorénavant, rapproché de celui qu'il gagnait auparavant. »

On ne saurait être plus précis et la jurisprudence est définitivement fixée ; seule une loi nouvelle pourrait la modifier. On trouvera du reste de nombreux exemples analogues dans la thèse de *Doucet-Bon* (thèse de Paris, décembre 1907).

Le cas s'est plusieurs fois présenté d'un malade, qui, souffrant d'une dacryocystite, fut atteint d'une ophtalmie purulente à la suite d'une blessure légère de l'œil : l'infection locale de voisinage est venue compliquer une simple érosion de la cornée, à ce point qu'il a fallu dans certains cas pratiquer l'ablation de l'œil. Toujours les tribunaux ont rendu un jugement comme si l'accident avait produit directement la perte de l'œil.

Dans notre cas particulier, c'est une infection générale qui vient compliquer un traumatisme de l'œil : la kératite interstitielle qui en résultera, que le sujet soit jugé sain, ou atteint d'hérédo-syphilis ou de tuberculose, sera mise sur le compte de l'accident, et le patron du sinistre, et par cela même la compagnie d'assurances, devra indemniser selon la loi l'accidenté du dommage occasionné par le traumatisme, proportionnellement à la différence de salaire que la suite de l'accident lui aura fait subir.

Ces jugements ont paru injustes, avons-nous dit, à certains médecins, de faire supporter au patron toutes les complications et aggravations qu'un accident pouvait faire survenir chez un individu entaché de tares antérieures. Cette question a même été soulevée au dernier Congrès de chirurgie de Paris (1907), où à la suite d'une discussion sur les rapports de la tuberculose et

du cancer avec les accidents du travail, le Congrès a approuvé à l'unanimité le vœu émis par le professeur *Segond,* à savoir :

« Il est désirable que la loi de 1898 soit modifiée de façon à ne pas exclure de parti pris, dans la réparation pécuniaire des accidents, le rôle des prédispositions et des maladies préexistantes. Cette modification atténuerait les conséquences fâcheuses de l'indemnité transactionnelle et forfaitaire en permettant de tenir compte des responsabilités atténuées et d'accorder une indemnité exactement proportionnelle au dommage. »

Depuis, de nombreux médecins se sont élevés contre ce vœu et tout dernièrement le professeur *Reclus* (*Bulletin médical,* 14 mars 1908) et le *Dr Balthazard* (*Presse médicale,* 29 février et 11 mars 1908) ont démontré dans différents articles combien le vœu émis par le Congrès de chirurgie présenterait d'inconvénients et de difficultés, s'il était érigé en loi.

Que de litiges, que de procès en perspective, si, dans les accidents du travail, on tenait compte des antécédents antérieurs du blessé et de ses tares personnelles et héréditaires. Quel est l'ouvrier chez qui « un médecin un peu subtil, un homme d'affaires un peu débrouillard ne trouverait pas à invoquer une tare pathologique ! » Qu'il serait infime le nombre de ceux chez qui on ne pourrait trouver quelques antécédents les faisant rentrer dans l'une ou l'autre classe de l'arthritisme, de la tuberculose, ou de la syphilis ! Certains savants n'ont-ils pas démontré qu'à quarante et un ans tout humain a été plus ou moins touché par le bacille de

Koch. Et alors, comme le dit le professeur *Reclus*, « nous retomberions dans le chaos d'avant la loi et le but poursuivi par les législateurs serait manqué ; plus de règlements expéditifs de l'affaire ; partout des chicanes, partout des contestations, pourtant la misère des sinistres. La loi de conciliation deviendrait une loi de haine. »

Et même le principal argument, l'argument de justice n'est pas violé en ne tenant aucun compte des antécédents du blessé : car dans notre cas il est grand nombre d'hérédo-syphilitiques et de tuberculeux qui ne souffrent pas de kératite interstitielle ; et quand celle-ci survient à la suite d'un traumatisme contracté pendant le travail, quand par la suite l'acuité visuelle du blessé est réduite au point de lui occasionner une gêne dans son travail, n'est-ce point justice que d'indemniser celui-ci proportionnellement à la diminution de son salaire, alors que sans l'accident, jamais peut-être il n'aurait souffert d'une maladie des yeux. Cette question sur la kératite interstitielle a, nous l'avons vu, du reste déjà été tranchée devant les tribunaux tant en France qu'en Allemagne, à l'avantage de l'ouvrier. (Observat. III au sujet de l'ouvrier de l'arsenal de Puteaux. Observat. de Scheffels. Observat. de Perlia).

Bref nous voyons que cette question sur l'état antérieur du blessé est encore fort discutée ; la tâche du médecin expert, tâche parfois bien ingrate et bien difficile, sera avant tout, quand il se trouvera en présence d'un cas de kératite interstitielle d'origine traumatique, au dire du blessé, de rechercher exactement la

part qui revient au traumatisme. Si nous examinons le blessé aussitôt après le sinistre, nous pourrons facilement résoudre le problème, car nous assisterons aux différents stades de l'inflammation et verrons en quelque sorte la kératite interstitielle s'installer sous nos yeux : il ne sera pas douteux dans ce cas que le traumatisme aura joué un rôle important dans l'éclosion de la maladie.

Mais si le blessé se présente en pleine évolution de la maladie, la solution sera beaucoup plus délicate, quelquefois même impossible à donner, quand on ne sera pas entouré de témoignages absolument probants. Mais avant tout le médecin ne devra pas repousser de propos délibéré le traumatisme comme une cause occasionnelle de kératite interstitielle.

CONCLUSIONS

Il résulte, tant de nos observations que des travaux antérieurs, qu'un traumatisme peut être la cause occasionnelle d'une kératite interstitielle : dans ce cas on trouve généralement chez le sujet des antécédents d'hérédo-syphilis ou de tuberculose. Le traumatisme éveille la diathèse.

Pour quelques auteurs même le traumatisme peut éveiller une kératite interstitielle non seulement sur l'œil atteint, mais aussi sur l'autre. Cette kératite évolue comme la kératite parenchymateuse ordinaire.

Au point de vue des accidents du travail, un blessé, entaché de tare spécifique héréditaire ou acquise, chez qui on n'a jamais observé auparavant d'affection oculaire, et qui est atteint d'une kératite interstitielle à la suite d'un traumatisme dûment constaté, semble légalement pouvoir prétendre à une indemnité, selon la loi de 1898. Il en serait de cette infection générale, comme des infections locales de voisinage qui viennent compliquer un traumatisme superficiel de l'œil. Les diffé-

rents arrêts de la Cour de cassation semblent ne tenir aucun compte de l'état antérieur du blessé.

Cette dernière question, à l'ordre du jour, est fort discutée ; aussi le devoir du médecin sera avant tout d'être prudent, et de rechercher exactement la part du traumatisme, dans une kératite interstitielle évoluant à la suite d'un accident. Il ne devra pas, de propos délibéré, refuser d'admettre son influence dans l'éclosion de la maladie.

Vu : le Président de la thèse.
DE LAPERSONNE

Vu le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-recteur de l'Académie de Paris :
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Verneuil. — Des blessures considérées,... 1877.

Valude. — *France Médicale*, 1891, p. 189.

Bronner. — *Transact of the ophtal. Soc.*, 1890.

Armaignac. — *Annales d'oculistique* 1896.

Brejski. — Ein Beitrag zur Lehre. ., Tesis Giessen, 1901.

Breuer. — Giessen, 1905.

Csapodi. — *Ungar med. Presse*, 1896.

Morinani. — *Thèse de Rostock*, 1903.

Hummelsheim. — Congreso de medicos in Bonn, 1904.

Groenows. — Lehrb. der Augenheil., XI, p. 818.

Dood. — Insterticial Keratitis... *The Ophtalmoscope*, Mayo de 1904.

Bietti. — *Archivio di Ottalmologia*, 1903.

Lieto Vollaro. — Contribution... *Archivio di Ottalmologia* 1905.

Enslin. — Keratitis.... *Zeitschrift für Augenh.* 1906.

Perlia. — Vermag ein Trauma? *Klin. Monat. f. Augenh.*, 1905.

Nieden. — *Klin. Monat. f. Augenh.*, 1905.

Guillery. — *Klin. Monat. f. Augenh.*, mai 1905.

Elschig. — Uber keratitis parenchymentosa. V. *Graef's Archiv. f. Augenh.*, t. LXII, f. 3 janvier 1906.

Terlinck. — Keratitis... *La Clinique ophtalmol.*, 1906.

Colomb. — *Revue suisse médicale romande*, mars 1906.

B. Demaria. — Importancia del traumatismo en la queratitis intersticial. *Argentina Medica*, 9 février 1907.

Schmidt Rimpler. — Sur la kératite interstitielle d'origine traumatique. Sociétés étrangères. *Presse médicale*, 17 avril 1907.

Brouardel. — Les blessures et les accidents du travail, 1906.

Thoinot. — Les accidents du travail et les affections médicales d'origine traumatique, 1904.

Vibert. — Les accidents du travail.

Doucet-Bon. — *Thèse de Paris*, 1907.

Jeanbran et Segond. — Congrès de chirurgie, 1907. *Press médicale*, 30 octobre 1907.

Balthazard. — L'état antérieur dans les accidents du travail, *Presse médicale*, nos 18 et 21, 1908.

Reclus. — L'état antérieur dans les accidents du travail. *Bulletin médical*, 14 mars 1908.

Imp. des Facultés A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris.